REMARQUES

SUR QUELQUES

AFFECTIONS FRÉQUENTES

OBSERVÉES A L'HOPITAL DE DOUERA

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Février 1906

PAR

René BIÉTRIX

Né à Loudun [Vienne], le 25 novembre 1878

EX-INTERNE A L'HOPITAL ET A L'HOSPICE DE DOUERA-ALGER

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. N.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. DE ROUVILLE	MM. VEDEL	MM. SOUBEIRAN
GALAVIELLE	JEANBRAU	GUERIN
RAYMOND	POUJOL	GAGNIERE
VIRES	ARDIN-DELTEIL	GRYNFELTT Ed.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. RAUZIER, *président.*	ARDIN-DELTEIL, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE GRAND-PÈRE

LOUIS DESBOIS DE ROCHEFORT

DOCTEUR-RÉGENT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, ETC.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

R. BIÉTRIX DE CHAUSSÉ.

AU DOCTEUR PISON

MÉDECIN-CHEF DE L'HOPITAL DE MENERVILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

R. BIÉTRIX DE CHAUSSÉ.

Un regard vers le passé nous fait un devoir de dédier notre thèse à la mémoire des nôtres qui ne sont plus, à notre père, dont le souvenir se fait sentir encore plus cruel aujourd'hui. Que notre mère soit assurée de notre amour filial et de notre reconnaissance pour les lourds sacrifices qu'elle s'est imposés. A nos maîtres de la Faculté de Montpellier, qui ont guidé nos premiers pas dans le sentier de la médecine et ont mis la dernière main à notre éducation, nous adressons l'hommage de toute notre gratitude.

Nos remerciements s'adressent aussi au docteur Pison, aujourd'hui médecin-chef à l'hôpital de Ménerville, alors à Douera, qui fut plein de bienveillance pour nous pendant notre internat. C'est toujours avec un profond sentiment de gratitude que nous nous rappellerons les intéressantes et familières causeries de notre ancien chef de service. Nous sommes heureux de la circonstance qui s'offre à nous de lui présenter l'assurance de notre respectueuse affection.

Que M. le professeur Rauzier soit assuré de nos sentiments les plus reconnaissants pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, et qu'il accepte nos meilleurs remerciements.

REMARQUES

SUR QUELQUES

AFFECTIONS FRÉQUENTES

OBSERVÉES A L'HOPITAL DE DOUERA

INTRODUCTION

Interne à l'hôpital et à l'hospice de Douera, nous avons eu l'idée de prendre comme sujet de notre thèse de doctorat les affections que nous avons eues sous les yeux. De bibliographie, il n'en est guère question ; que l'on ne nous en veuille pas car nous avons tenu à faire une œuvre absolument personnelle en ne faisant porter nos réflexions que sur les malades traités dans les salles de l'hôpital de Douera. Ce sont les maladies les plus fréquentes qui nous occuperont ; c'est en effet sur celles-ci que nous avons pu recueillir un nombre de matériaux suffisants pour nous permettre de porter une appréciation en connaissance de cause.

Nous nous occuperons tour à tour, de la bacillose, de la malaria, des maladies vénériennes, de quelques affections ocu-

laires et de certains cas de résistance aux blessures observés chez les indigènes algériens. La dothiénentérie ne nous offrira pas matière à grand développement. Ces différents chapitres n'offrent aucun lien entre eux, nous objectera-t-on. Pour nous, ils en ont un : c'est de les avoir eus dans nos salles pendant nos quatre années d'internat.

Douera, localité du Sahel, située à 22 kilomètres d'Alger, possède un hôpital et un hospice. Sise au milieu de coteaux, cette localité jouit d'un climat d'une salubrité vraiment remarquable. Aussi parmi les malades admis à l'hôpital et habitant la région, ne voyez-vous pas de maladies épidémiques, et quant aux maladies contagieuses, elles sont excessivement rares parmi eux.

L'hôpital de Douera, situé à une altitude de 152 mètres, fut créé par l'autorité militaire en 1836 ; en 1845 l'on y admettait outre des soldats, des malades de toutes catégories, et l'administration de l'établissement passait entre les mains de l'autorité civile.

Nous ne ferons pas de description de l'hôpital et de l'hospice. Les vieux bâtiments militaires sont, les uns déjà démolis, les autres appelés à disparaître d'un moment à l'autre.

Nous ne nous occuperons nullement dans notre travail de l'hospice (367 hospitalisés au 31 décembre 1905), qui ne présente, au point de vue de l'étude que nous nous proposons de faire, absolument aucun intérêt.

Seuls, les cas traités à l'hôpital nous arrêteront, et l'ensemble de nos considérations portera sur les années 1902, 1903, 1904, 1905.

Le nombre des malades traités pendant la période qui nous occupe a été de :

ANNÉES	HOMMES	FEMMES	MILITAIRES	TOTAL	DÉCÈS
1902	507	89	41	637	44
1903	443	89	38	570	41
1904	553	105	48	706	58
1905	646	65	45	756	45

Donnant le nombre de journées suivant :

ANNÉES	FIÉVREUX	BLESSÉS	VÉNÉRIENS	DIVERSES	TOTAL DES JOURNÉES
1902	9894	4456	2797	256	17403
1903	8715	3859	1937	380	14891
1904	10179	4270	2154	68	16671
1905	11615	3517	2129	426	17687

I

FIEVRE PALUDEENNE

Très rare sur les coteaux du Sahel, la fièvre paludéenne a fait son domaine de la plaine de la Mitidja. Douera ne connaît pas le paludisme ; mais à une distance de 6 kilomètres, en allant vers la plaine, on voit apparaître cette redoutable maladie.

Les paludéens de nos salles proviennent presque tous de la Mitidja : Boufarik, Chebli, Oued-el-Alleug, Montebello. Ceux-ci ont travaillé près du lac Alloulah ; ceux-là proviennent des bords de Mazafran, des marais de Ferguen, de Chaïba ; d'autres nous arrivent des rives de l'Harrach. Il est un endroit sis à neuf kilomètres de Douera, Birtouta, village de la Mitidja, où la malaria est à l'état de permanence. L'on pourrait appeler jardin de la fièvre, la région comprise entre l'Oued-Tero et la voie du chemin de fer passant près de Birtouta. Aussi combien sont nombreux les paludéens que l'on y rencontre. De la base des coteaux du Sahel jusqu'aux montagnes de l'Atlas, dans cette plaine immense personne n'est à l'abri. Creusez le sol, à un mètre à peine, on voit paraître l'eau. Que de morts a coûtés Boufarik, aujourd'hui presque assaini ! Et encore à présent la fièvre froide (hômma bareda) ou la fièvre chaude (hômma skhôna) comme disent les Arabes,

continuent à faire de nombreuses victimes. Mais dès maintenant où la mise en culture du sol, les travaux de dessèchement ont fait de notables progrès, la situation sanitaire s'améliore de jour en jour.

C'est surtout aux grandes chaleurs après la saison des vendanges ou encore après les piochages de la vigne, que nous voyons arriver les malariaques dans nos salles. Les indigènes sont atteints avec autant de fréquence que les européens ; mais à l'hôpital de Douera nous avons toujours eu bien moins d'Arabes que d'européens.

Nous avons eu en 1902 : 103 cas, dont 21 indigènes. En 1903, il n'y a eu que 51 cas, dont 19 indigènes. L'hiver de 1903-1904 fut très pluvieux, aussi en 1904 nous avons eu 138 cas, dont 41 parmi les Arabes. Il en fut de même pour l'hiver 1904-1905 très pluvieux lui aussi, et en 1905 les chaleurs commencèrent de bonne heure, aussi voyons-nous 163 cas de malaria comprenant 64 indigènes. Pour cette affection, les décès se sont ainsi répartis : 1902, 4. — 1903, 5. — 1904, 9. — 1905, 7.

La fièvre intermittente quotidienne a été de beaucoup la plus commune de toutes celles que nous avons observées. Nous avons assez souvent rencontré les types tierce et quarte. La rate est toujours augmentée de volume ; l'hypertrophie, peu marquée dans les fièvres de première invasion, devient de plus en plus manifeste à mesure que les rechutes se multiplient. Elle est souvent le siège de douleurs plus ou moins vives, soit spontanément, soit à la pression. En dehors des types réguliers, nous avons pu observer des fièvres intermittentes irrégulières, à intervalles variables entre les accès. Nous avons aussi rencontré un certain nombre de fièvres continues palustres. Dans la fièvre continue palustre, l'état des malades a souvent la plus grande analogie avec celui des dothiénentériques. La fièvre persiste, parfois avec des rémissions plus ou

moins marquées ; la langue est rouge et sèche à la pointe ; la prostration, la céphalalgie, l'insomnie sont pour le moins aussi marquées que dans la fièvre typhoïde, on peut observer même du délire. Elle s'accompagne parfois de vomissements, d'ictère : la rate est augmentée de volume et douloureuse à la pression, mais on ne trouve ni taches rosées, ni douleur à la pression dans la fosse iliaque droite.

Les continues palustres observées à l'hôpital de Douera n'ont pas duré plus de quatre à cinq jours après que l'on eut institué le traitement par la quinine.

Observation Première

Nicolas F..., sujet italien, âgé de 33 ans, entre à l'hôpital le 7 juillet 1904. Langue sale, peau sèche, soif ardente, céphalalgie intense. Pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite ; rate douloureuse à la pression. A quatre heures du soir, la température axillaire est de 40°6.

Le 8, étant donné la langue sale du malade et l'absence de selles depuis trois jours, celui-ci prend 40 gram. de sulfate de soude.

A 8 heures du matin, 39°9. L'après-midi, à 4 heures, 38°8. Le malade absorbe 1 gramme de quinine.

Le 9, la température, est le matin, 39°8 et le soir, 38°4. On donne au malade 1 gramme de quinine.

Le 10, 38°6 le matin. Le soir 37°8. Continuation de la quinine à la dose de 1 gramme.

Le 11, température du matin : 38°4. Le soir : 37°4. 1 gramme de quinine est donné.

Le 12 au matin : 37°6. Le soir : 37°. Continuation de la quinine à la dose de 1 gramme.

Le 13 juillet on cesse la quinine ; la température évolue les jours suivants entre 36° et 37°. Le malade quitte l'hôpital le 26 juillet sans avoir eu aucun nouvel accès de fièvre.

Les fièvres palustres se compliquent souvent d'accès pernicieux. Les manifestations les plus communes de ces accidents que nous avons rencontrées ont été les suivantes : état typhoïde, délire, coma, algidité. Quant aux autres formes d'accès pernicieux : fièvre bilieuse hématurique, accès diaphorétiques, cholériformes, gastralgiques, convulsifs, nous n'en avons jamais observés à l'hôpital de Douera.

Observation II

B... Théodore, français, âgé de 43 ans, venant des bords de l'Harrach, entre le 18 juillet 1904 à l'hôpital, salle 5. Langue sale, teinte subictérique, vomissements, rate douloureuse. Les accès sont quotidiens nous dit-il. Le malade absorbe dès son entrée un gramme de quinine en cachet. A 3 heures du soir, 41°6.

Le 19, le matin, 36°8. Le malade présente du délire. Sachet de glace sur la tête. Il prend encore 1 gramme de quinine en cachet. L'accès a lieu vers 6 heures du soir : 41°7. La glace sur la tête est toujours maintenue ; le malade présente une agitation extrême ; il cherche à se lever, prononce des paroles sans suite avec une remarquable loquacité.

Le 20 au matin : 37°6. Nous faisons alors ce que nous aurions dû faire quand le malade est entré à l'hôpital, c'est-à-

dire une injection hypodermique de 1 gramme de quinine. Le soir : 41°.

Le 21 : 40° le matin. Le délire continue. Glace sur la tête. Injection de 1 gr. 50 de quinine. Le soir : 39°1.

Le 22, le matin : 38°. Le malade est calme ; suppression de la glace, mais injection de 1 gramme de quinine. Le soir : 38°4.

Le 23 : 36°8 le matin. Injection de 1 gramme de quinine. Le soir : 37°6.

Le 24 : la température est de 37° le matin et de 37°2 le soir. Pas de piqûre de quinine.

Le 25 juillet, le malade commence à s'alimenter. Il n'a plus d'accès de fièvre jusqu'à sa sortie de l'hôpital, qui a lieu le 20 août 1904.

Nous voyons par cette observation qu'il ne faut aucunement hésiter à donner la quinine par voie hypodermique. C'est là en effet le seul moyen d'avoir une absorption rapide de ce médicament, permettant de combattre avec efficacité les accidents graves du paludisme.

La cachexie palustre succède d'ordinaire à une série de rechutes de fièvre intermittente ; elle peut survenir rapidement à la suite de quelques accès graves, comme se produire lentement sans être accompagnée d'accès retentissants. Le cachectique a la peau pâle, le teint terreux, les muqueuses décolorées ; ses sclérotiques sont d'un blanc bleuâtre. Il existe souvent de l'œdème péri-malléolaire. La splénomégalie est la règle dans la cachexie palustre. Nous nous sommes trouvé souvent en présence de rates énormes. Ces rates, dont on apprécie facilement le bord antérieur, peuvent descendre jusque dans la fosse iliaque, occupant toute la moitié gauche de l'abdomen. Il est même des malades chez qui la rate ne se contente pas d'envahir le côté gauche, mais aussi s'avance con-

sidérablement dans la moitié opposée de l'abdomen, pouvant aller jusque dans la fosse iliaque droite. L'organe, sensible à la pression, devient, en raison de son volume et de son poids, une cause de gêne extrême pour le paludéen. Il refoule, comprime les organes voisins et détermine des troubles cardiaques, respiratoires et digestifs variés ; et les malades incapables de produire un effort soutenu peuvent être regardés comme de véritables infirmes. L'on rencontre pourtant des indigènes porteurs de rates volumineuses se livrer encore à des travaux pénibles, mais c'est là l'exception. Le foie peut être augmenté de volume, mais alors il l'est toujours à un degré beaucoup moins proportionnellement marqué que pour la rate.

La provenance du malade, sa profession, l'époque de l'année (vendanges, piochage de la vigne), ou bien l'état du temps (après de grandes pluies), fournissent au diagnostic des indications importantes. Dans les régions palustres on apprend vite à connaître les principaux foyers de l'endémie. Le fait qu'un fébricitant provient d'une de ces localités que l'on pourrait appeler mal famées, surtout si on est en période endémo-épidémique, fournit de grandes présomptions en faveur du paludisme. De même la connaissance des antécédents morbides des malades est aussi d'un grand secours pour le diagnostic ; si un sujet a déjà eu une ou plusieurs atteintes de fièvre, il y a de fortes probabilités pour que les accidents qu'il présente, relèvent également de la malaria.

L'hypersplénie est un des signes importants du paludisme ; chez les malades qui ont eu plusieurs atteintes, cette hypersplénie est constante. La rate fibreuse du cachectique palustre, facile à limiter par la percussion et la palpation, douloureuse à la pression, est caractéristique.

La quinine est la pierre de touche du paludisme ; le précepte *naturam morborum ostendunt curationes* trouve ici son

application. Mais il faut se rappeler que les fièvres palustres graves ne cèdent pas toujours aux premières doses de quinine. Nous avons vu en effet (observation première), que la fièvre continue palustre résiste à trois et quatre jours d'administration de ce médicament. Toutefois, en dehors de l'examen du sang, la quinine prescrite à forte dose, soit par la bouche, soit en injection, est parfois le seul moyen de résoudre la question de diagnostic.

Le paludisme se rencontre surtout chez les gens pauvres, chez ceux qui ont besoin de travailler manuellement pour vivre. Ils se soignent, ou plutôt on les soigne tant qu'ils sont à l'hôpital. Dès qu'ils en sortent, plus de traitement. De temps en temps, quand les accès sont trop violents, se répètent trop souvent, ils prennent un ou deux cachets de quinine et en voilà pour longtemps. Qu'il soit français, espagnol ou arabe, le travailleur dans ces régions ne fait rien pour améliorer sa situation physique. C'est pour cela que le paludisme fait tant de ravages. Dites à un individu qui a sa demeure dans un endroit malsain, d'habiter ailleurs, expliquez-lui ce qui cause sa maladie, il ne vous écoutera pas. Il est habitué à vivre là. Rien n'y fait. Lui, sa femme, ses enfants sont malades ; il voit la mort enlever les siens, non il ne bougera pas. L'européen devient comme l'indigène, il finit par être fataliste. Mektoub (c'était écrit), dira l'indigène en s'enveloppant dans son burnous : cela devait arriver, dira tout en roulant une cigarette l'européen sur qui déteint le fatalisme de l'arabe. Il ne fera pas un effort, quel qu'il soit, pour se soustraire au fléau. Et la cachexie fera son œuvre. Anémié, amaigri, vieilli avant l'âge, avec sa pâleur et son teint terreux, il est facilement reconnaissable pour ceux qui le rencontrent. Affaibli, apathique, avec sa rate énorme il est incapable de gagner sa vie ; il devient une charge pour les siens ou bien roule d'hôpital

en hôpital jusqu'à ce que la mort vienne le délivrer d'une existence qui n'est plus qu'un fardeau pour lui.

Les injections hypodermiques de quinine ont été accusées de nombreux méfaits : abcès, plaques de sphacèle, etc. Pendant la période de quatre années qui nous occupe, nous n'avons eu que deux cas d'escharre fessière (tous les deux en septembre 1904). A condition de prendre toutes les conditions antiseptiques de rigueur, il nous semble que l'on peut éviter ces accidents. Dans les deux cas que nous signalons, les injections n'avaient pas été faites par l'infirmier-panseur avec toute la propreté désirable.

Comme stimulant de la nutrition, dans le paludisme, nous employons à l'hôpital de Douera l'arsenic sous forme de cacodylate de soude :

Cacodylate de soude : 0 gr. 02 pour 1 granule n° 2 par jour, pendant 6 jours, 6 jours de repos.

Ces derniers temps on avait préconisé l'arrhénal (méthylarsinate de soude) comme succédané de la quinine. Nous l'avons expérimenté en solution et en injection hypodermique. Voici la formule que nous avons employée :

Arrhenal	1 gr. 00
Eau distillée bouillie . . .	20 gr. 00

Soit cinq centigrammes d'arrhenal par centimètre cube.

Nous n'avons pas obtenu les résultats indiqués dans cet ordre d'idées par les propagateurs de l'arrhenal et nous sommes restés fidèles à la quinine comme antifébricitant dans le paludisme.

Mais pourtant nous n'avons pas abandonné l'arrhenal ! nous nous en servons souvent aux lieu et place du cacodylate de soude. Son emploi nous a donné de meilleurs résultats que ce dernier sel. Il a l'avantage de moins fatiguer l'estomac, de pouvoir être donné à plus forte dose, et de pouvoir être conti-

nué plus longtemps. Parfaitement indiqué dans la cachexie palustre, il ne provoque ni diarrhée, ni dyspepsie. Les publications du professeur A. Gautier, de Billet (Constantine), celle de Romary (extrême-sud oranais), tendent elles aussi à prouver l'action efficace de l'arrhenal et de la quinine administrés concurremment, ce que nous faisons d'ailleurs. Nous le prescrivons ainsi :

Arrhenal	1 gr. 20
Eau distillée laurier-cerise	30 gr. 00

XV gouttes à chaque repas pendant 8 jours, se reposer 6 jours.

Les trente gouttes que prennent par jour nos malades représentent ainsi 6 centigrammes de méthylarsinate de soude. Et si l'on donne du fer à son malade, si on lui fait faire de l'hydrothérapie, on a de grandes chances pour le voir résister à la cachexie, reprendre des forces, changer rapidement d'aspect et de tournure. Le changement de climat est favorable aux paludéens ; mais allez le prescrire à de pauvres diables qui vivent au jour le jour, à des arabes qui possèdent à peine le morceau de terrain où se trouve bâti leur gourbi, à des européens gagnant juste de quoi se nourrir. Ils le reconnaissent eux-mêmes quand on leur conseille de changer de région, et n'ont rien de plus pressé, en quittant l'hôpital, que de retourner habiter ou travailler dans le foyer où ils se sont infectés.

II

DOTHIÉNENTÉRIE

L'hôpital est une sorte de baromètre : il sert de constatation à ce qui se passe au dehors. Car en effet les indigents chez qui la dothiénentérie est relativement fréquente n'ont pas d'autre lieu pour recevoir des soins. Nous avons dit plus haut que la région de Douera est une région salubre; nos statistiques viennent à l'appui de ce que nous avons avancé. En 1902, nous n'avons vu *aucun* cas de fièvre typhoïde. En 1903, nous en avons eu 6 cas avec un décès ; en 1904 : 7 cas avec 3 décès, et en 1905 : 7 cas, dont 1 décès. Pendant ce laps de temps, nous n'avons vu *aucun* cas de fièvre typhoïde. En 1903, nous en dehors de l'hôpital, en nous rendant dans les localités environnantes, aussi bien dans la plaine de la Mitidja que dans les coteaux du Sahel, nous nous sommes rendu compte par nous-même de la véracité des constatations de Brault et de Legrain : à savoir que les indigènes étaient à peu près réfractaires à la dothiénentérie (2 cas seulement en 4 ans à l'hôpital de Douera, en sont la preuve).

« A cet égard, dit Brault, diverses explications ont été proposées. Les uns veulent que l'Arabe résiste vis-à-vis de la dothiénentérie à la manière du nègre vis-à-vis du vomito. Les autres pensent que l'Arabe est atteint un peu comme nous,

mais surtout dans l'enfance ; qu'il y a beaucoup de cas légers ; qu'en outre, même dans les cas sérieux, l'on n'a pas recours au médecin et que l'on se contente des prières et des sortilèges des marabouts ». N'y aurait-il pas de nombreuses erreurs de diagnostic pour les Arabes adultes ? La rate grosse et douloureuse, l'endroit d'où viennent les malades font penser à la malaria quand, en réalité, il pourrait y avoir dothiénentérie. Et puis les taches rosées sont difficiles à apercevoir sur ces peaux bronzées. Nous avons eu (septembre 1905) à l'hôpital deux fillettes indigènes, les deux sœurs âgées, l'une de deux ans et demi, l'autre de quatre ans et demi, venant de Draria, ayant eu chacune une dothiénentérie très nette : diarrhée fétide, gargouillement dans la fosse iliaque droite, température n'ayant jamais dépassé 39°5. Le diagnostic de dothiénentérie a été confirmé par l'arrivée à l'hôpital, quelques jours après, de deux européennes, deux sœurs elles aussi, âgées de trois ans et demi et treize ans, habitant le même village, porte à porte avec les deux petites indigènes, et buvant l'eau de la même fontaine. Elles présentaient des taches rosées très nettes et très abondantes. Quant aux deux indigènes, malgré nos recherches, nous n'avons pu en trouver de nettes : on rencontrait bien, par-ci par-là, quelques petites taches brunâtres, mais elles ne s'effaçaient guère sous la pression du doigt et n'avaient nullement l'aspect des taches rosées.

« Il faut, comme dit Legrain, dans cette question de l'existence ou de l'absence de fièvre typhoïde chez les indigènes de l'Afrique du Nord, tenir compte de la possibilité d'erreur de diagnostic, aussi bien pendant la vie qu'à l'autopsie du malade. On doit donc avant d'avancer l'existence d'une fièvre typhoïde chez un indigène, exécuter toutes les recherches permettant de confirmer le diagnostic. Enfin, dans les cas extrêmement rares, écrit Legrain, où la séro-réaction posi-

tive, où l'examen anatomo-pathologique complet permettront de porter un diagnostic ferme de fièvre typhoïde chez un indigène, ne sera-t-on pas en droit de suspecter l'existence d'un métissage, chose qui est, en réalité, probablement peu exceptionnelle. »

Quant au professeur Brault (Alger), il est convaincu que la solution du problème était plutôt dans l'examen du sang des jeunes indigènes et il a commencé des expériences dans ce sens. Dans son ouvrage « l'Hygiène et prophylaxie des maladies des pays chauds », il donne les résultats qu'il a obtenus. Sur une série de 10 sujets, âgés de 8 à 14 ans, il a rencontré 8 résultats négatifs, un cas positif et un cas douteux et il déclare qu'il n'a pu réunir encore un nombre suffisant d'examens pour tirer des conclusions. Quant à nous, malgré notre désir, l'imperfection de notre laboratoire à l'hôpital de Douera et surtout le peu de dothiénentériques que nous avons eus en traitement, ne nous permettent pas de formuler une appréciation quelconque sur ce sujet. Nous nous bornons simplement à constater la rareté des dothiénentériques indigènes que nous avons rencontrés : 2 en quatre ans.

III

MALADIES VENERIENNES

Pas plus que les Européens, les indigènes ne sont nullement à l'abri de maladies vénériennes, et nombreux sont les malades de ce genre que nous avons eu en traitement dans nos salles, comme l'on peut s'en rendre compte par le tableau que nous avons mis au commencement de notre travail.

Les blennorragies se sont rencontrées aussi fréquemment chez les arabes que chez les européens. Le docteur Margerid prétend que peu d'indigènes n'habitant pas les villes sont atteints de cette maladie. « C'est, dit-il, parce qu'ils sont restés fidèles au Coran qui leur apprend que l'adultère est le plus grand des crimes et la plus sanglante des injures que seule la mort du coupable peut effacer. « Sourire à une « femme, dit un proverbe arabe, c'est sourire à la mort. » Voilà pourquoi les femmes arabes sont cloîtrées dans des maisons sans fenêtres, voilà pourquoi elles ne sortent que toutes ensemble, pour aller chercher de l'eau ; voilà pourquoi tous les hommes d'un village s'entendent pour dénoncer au mari ou au père absent l'imprudent qui rôderait autour de sa demeure. On comprend qu'alors les Don-Juan arabes en présence de tant de difficultés, sachent faire taire leurs sens pour n'obéir qu'à une sage prudence ou qu'aux

sages conseils du Coran. Que certaines femmes soient atteintes de la blennorragie, cela est, mais le mal ne se répand pas, ne sort pas du gourbi, parce que nul autre que le mari ne peut y venir puiser le germe et c'est ce qui explique, dit Margerid, la rareté de la blennorragie chez les indigènes rustiques ».

Si l'arabe n'ose affronter le ressentiment d'un mari ou la colère d'un père, il sait qu'il y a des endroits où il ne risque rien de ce côté. Il connaît fort bien, l'indigène rustique, arabe ou kabyle, car il va de temps en temps à la ville, les ruelles du Bécourt blidéen ou les dédales de la Casbah algéroise. Il sait vous dire, quand il demande à rentrer à l'hôpital, qu'il a la sofia (chaude-pisse) et quant à la goutte militaire, il vous la désigne sous le nom de louahaï.

Nous avons eu en 1903 plus de blennorragies chez les indigènes que chez les européens .Chez les uns et chez les autres, la marche et les manifestations de la maladie sont absolument les mêmes et ne présentent rien de particulier.

Chez l'indigène, par contre, se rencontre bien plus souvent la syphilis soit héréditaire, soit acquise. Il l'acquiert par rapports sexuels, mais encore en se servant d'objets ayant été utilisés par les contaminés. Les récipients qui servent à la boisson, en petit nombre d'ailleurs, sont utilisés en commun et faut-il le dire, rarement lavés. Sur les tables des gargottes (restaurants arabes) se trouve en guise de carafe un récipient plein d'eau où chacun va tremper ses lèvres. Nous avons vu nous-mêmes les terrassiers indigènes, marocains, kabyles ou arabes, faisant des travaux à l'hôpital se passer de l'un à l'autre la pipe de kif. Chacun en tire une bouffée et la tend ensuite à celui qui travaille près de lui. Ne sait-on pas aussi que pour faire honneur à l'étranger qu'il invite, l'amphytrion arabe trempe souvent ses lèvres dans la tasse de café qu'il va offrir à son visiteur.

Nous avons constaté rarement des accidents primaires chez les indigènes, car ceux-ci se préoccupent peu en général d'un accident unique qui guérit dans un laps de temps relativement court. Ce sont les européens qui les ont surtout présentés. En général, les chancres que nous avons vus étaient volumineux et parfois fort longs à guérir. Nous avons constaté à plusieurs reprises du phagédénisme nettement marqué, quelquefois avec des accidents graves. Les accidents tertiaires survenant de bonne heure et les accidents secondaires prenant de temps en temps un aspect sérieux, il peut être difficile de les différencier chez un indigène. Chez ce dernier, tout comme chez l'européen, se rencontrent roséole, syphilides papuleuses ou vésiculeuses, psoriasiformes, plaques muqueuses, ecthyma. Pour les syphilides, le diagnostic serait souvent resté en suspens, tant elles ressemblent au psoriasis si fréquent chez les arabes, très fréquemment dénaturé dans sa longue durée et localisé ailleurs qu'aux coudes et aux genoux. Mais les antécédents morbides, les symptômes spécifiques contemporains et surtout le traitement mixte ont souvent levé tous les doutes.

Nous avons constaté à l'hôpital de Douera les accidents tertiaires en plus grand nombre que les cas de syphilis secondaire. Les accidents sont précoces, ils font leur apparition dans les quatre premières années, avec prédominance sensible pour la deuxième année. Voilà ce que nous avons observé. En avons-nous vus, soit dans nos salles, soit au dehors, de ces nez perforés, rongés, écrasés presque complètement disparus, de ces trous béants creusés un peu partout par la terrible affection, et chose remarquable, tout cela sans grande réaction inflammatoire. Cette malignité, qui pourrait expliquer en partie la précocité des syphilides muqueuses et cutanées, est sensible, elle aussi, chez les européens qui ont contracté leur syphilis dans une contamination arabe. On

pourrait aussi l'expliquer par le manque d'hygiène qui crée pour la peau et les muqueuses un terrain de culture favorable et surtout par l'absence de traitement. Chez l'indigène, le processus spécifique reste relativement superficiel, rongeant la peau, les muqueuses, perforant les cartilages et les os, mais respectant habituellement les organes internes. Solides, robustes, bien constitués, les indigènes ne connaissent en général ni les déchéances organiques dues aux excès de table, ni les états morbides créés par l'alcoolisme. Sobres par habitude et par nécessité, peu enclins à fatiguer leurs centres nerveux par indolence et insouciance naturelle, ils connaissent peu les accidents tertiaires viscéraux, surtout le tertiarisme nerveux dont l'alcoolisme est un des plus grands facteurs d'éclosion. Les arabes en sont relativement indemnes. Dans un pays où la syphilis est si fréquente, où les accidents contagieux sont si tenaces et si étendus, le pronostic est loin d'être aussi sombre qu'ailleurs au point de vue du tertiarisme. Il résulte des interrogatoires et des observations du médecin-major Coste (cercle de Geryville) que les avortements chez les spécifiques sont loin d'être aussi fréquents que chez les femmes européennes, à peine dans la proportion de un tiers (aperçu sur la topographie médicale et la pathologie du cercle militaire de Geryville par Coste, médecin-chef de l'hôpital militaire). Quant au paludisme, il détermine chez les indigènes « de mauvaises syphilis », surtout au point de vue de la précocité, de la tenacité et de la malignité des accidents tertiaires. Le pronostic de la syphilis héréditaire est lui-même moins lamentable, moins affreux que dans les races plus civilisées et nombreuses sont les familles d'indigènes où les enfants sont porteurs de stigmates de syphilis héréditaire, sans que l'état général paraisse trop en souffrir.

Pour ne plus mettre en doute l'efficacité du traitement

mercuriel et ioduré, il faut avoir soigné un grand nombre de syphilis arabes. Sous l'influence d'une médication spécifique énergique, car les indigènes supportent admirablement ces deux médicaments, on voit s'atténuer et disparaître d'une façon frappante plaques muqueuses et syphilides de toute nature. Malheureusement ces médications si énergiques qu'elles soient, ont presque toutes, pour ne pas dire toutes, le grave inconvénient de ne pouvoir être continuées. On fait disparaître les accidents présents, on blanchit le malade en quelque sorte. Dès qu'il va mieux, dès que les accidents qui ont amené son entrée à l'hôpital ont cessé, l'Arabe, à qui répugne en général les remèdes des roumis, réclame sa sortie de l'établissement où on l'a soigné.

IV

BACILLOSE

En 1902, sur 14 décès dus à la tuberculose pulmonaire se trouvaient 6 indigènes.

En 1903, sur 15 décès, on rencontrait 5 décès indigènes.

En 1904, sur 17 décès, il y avait 7 indigènes.

En 1905, on trouvait 5 indigènes sur 13 tuberculeux décédés.

Il est une remarque à faire : ce sont les progrès de la bacillose chez les indigènes algériens, le peu de résistance qu'ils offrent vis-à-vis de cette terrible maladie et le nombre relativement élevé de sujets contaminés. Comme le fait observer Brault, presque tous les cas de réforme dans le contingent indigène (spahis, turcos) sont prononcés pour tuberculose. Lorsqu'on est à proximité d'un camp de tirailleurs indigènes, dit-il, il est presque impossible de dormir si l'on a tant soit peu le sommeil léger : pendant la nuit, une fois les conversations terminées, ce n'est plus qu'un concert ininterrompu de toux bruyantes.

Nous avons, nous aussi, fait la même constatation. Près de notre demeure, à Douera, se trouve un pénitencier mili-

taire. Le service de garde est fait par des tirailleurs indigènes. Comme le fait remarquer Brault, c'est, en effet, un véritable concert de toux bruyantes. La nuit : quelles quintes de toux et quelles expectorations ! Quand la sentinelle est relevée de garde, celle qui la remplace ne saurait se dispenser d'en faire de même, et toutes les nuits il en est ainsi.

Alcooliques parfois, anémiés par le paludisme, s'alimentant insuffisamment, vivant dans des gourbis insalubres et les protégeant fort mal contre les intempéries, les indigènes se trouvent dans une situation inférieure vis-à-vis de l'européen pour lutter contre le mal. Ayant presque tous une certaine répugnance, une certaine crainte du toubib roumi (médecin européen), ils ne viennent à l'hôpital que quand ils ne peuvent plus résister, quand ils sont devenus une véritable charge pour les leurs. Ils ne viennent à l'hôpital, en quelque sorte, que pour y mourir. C'est pour cela que nous n'avons pas rencontré dans nos salles de tuberculeux indigènes à la première période, tandis qu'il n'en est pas de même pour les européens. Deuxième période avancée, ou plutôt troisième période, voilà ce qu'on rencontre et l'issue fatale arrive rapidement.

Il est difficile d'obtenir de l'arabe qu'il se serve d'un crachoir. Dans les cours de l'hôpital, près des bancs, sont placés de ces ustensiles, l'arabe crache à côté le plus souvent ; il a peur de les salir, semble-t-il. A voir la difficulté que l'on a pour obtenir l'exécution du fameux : Ne crachez pas par terre, on se rend compte aisément de ce qui se passe en dehors des établissements hospitaliers. Chez lui, dans les cafés maures, il crache partout, n'importe où. Empilés les uns à côté des autres, s'asseyant par terre, couchant sur des nattes plus ou moins débarassées des expectorations qui les souillent, se passant les tasses de kaoua (café), buvant au même pot-à-eau,

ils se placent d'eux-mêmes dans les meilleures conditions de contagiosité.

Allez leur faire un cours de prophylaxie, ils se mettront à rire et recommenceront de plus belle. Si l'arabe tombe malade, c'est qu'Allah le voulait ainsi. Mektoub, c'était écrit, telle sera sa seule réflexion.

V

AFFECTIONS OCULAIRES

Pendant le courant des quatre années qui nous occupent, nous avons eu dans nos salles de nombreuses maladies d'yeux.

L'ophtalmie granuleuse s'est rencontrée assez fréquemment. Elle s'est présentée à nous sous des formes diverses que nous pourrons réduire à trois pour la clarté de notre exposé :

a) *Forme initiale.* — Ce qui nous a paru caractériser le trachome au début, c'est sa forme insidieuse presque chronique d'emblée, habituellement sans réaction ; simples granulations n'entraînant qu'une gène peu considérable de la vision et donnant vaguement l'impression d'un corps étranger dans l'œil. Dans certains cas, les lésions étaient d'une netteté parfaite. Les granulations parsemaient la conjonctive palpébrale supérieure, derrière le tarse et surtout dans le cul-de-sac, prenant la forme d'aspérités gris-jaunâtres, translucides, analogues à de petits grains de tapioca cuit et ne donnant comme réaction fonctionnelle que l'impression de légères poussières dans l'œil.

b) *Forme suppurative.* — La majeure partie des granuleux que nous avons traités rentrent dans cette catégorie. A l'exa-

men, on constate habituellement une conjonctive à l'aspect d'un velours épais, parsemé de grosses papilles rouges. Les granulations sont rares, fréquemment enfouies dans les culs-de-sacs, souvent invisibles. La sécrétion catarrhale prend toutes les formes possibles, depuis la légère sécrétion qui agglutine le matin les paupières pour aller jusqu'à l'ophtalmie purulente grave.

c) *Forme chronique et complications.* — C'est là que l'on retrouve, comme résultat dernier des lésions trachomateuses, les complications les plus diverses pour lesquelles l'intervention arrivant trop tard est souvent impuissante. C'est la série des pannus petits et grands : pannus supérieur des granuleux ordinaires, pannus inférieur lacrymal des granuleux à blépharite. Viennent ensuite les ulcères cornéens, les suppurations oculaires, les panophtalmies si redoutables et enfin les lésions chroniques : atrophie oculaire, entropion, trichiasis, ectropion, sténoses de la fente palpébrale et leurs complications.

Fait intéressant que signale Coste, médecin-chef de l'hôpital de Géryville et que nous avons constaté nous-même à l'hôpital de Douera : les suppurations oculaires et l'atrophie du globe de l'œil, qui en est souvent la conséquence, ont été plus souvent constatées chez les indigènes, alors que les lésions chroniques plus superficielles, taies, leucomes, etc., étaient plutôt l'apanage de la population urbaine. Serait-ce parce que celle-ci appliquerait mieux les principes d'hygiène et le traitement local quand il lui est prescrit ! Autre fait à signaler : nous avons peu constaté d'affections des voies lacrymales (obstruction des points et canaux lacrymaux, dacryocystite).

Le pronostic de l'ophtalmie granuleuse nous paraît redoutable. Quand la conjonctivite est déjà ancienne, en retournant la paupière supérieure, on constate, surtout derrière le tarse, des traînées blanches superficielles, quelquefois parallèles

et horizontales, souvent conservant une direction oblique convergente vers l'angle interne de l'œil. Intercalées dans ces cicatrices, on remarque des papilles irrégulièrement distribuées, à aspect velouté, gélatineux, saignant facilement, devenant à leur tour cicatricielles jusqu'à ce que toute hypertrophie conjonctivale disparaisse et laisse la place à ce tissu cicatriciel. La granulation, avec sa zone inflammatoire ou non, marche ainsi vers la transformation cicatricielle habituellement rétractile et, par suite, dangereuse. Plus que dans beaucoup de maladies, autant que dans la syphilis, le traitement a, dans l'ophtalmie granuleuse, une action puissante empêchant souvent les pires catastrophes.

L'affection trachomateuse est toujours de longue durée chez les lymphatiques, les tuberculeux, moins chez les paludéens et les syphilitiques, enfin réduite au minimum chez les sujets bien portants. Mais si la conjonctivite granuleuse est de plus longue durée chez les anémiés en général, elle n'en est pas pour cela beaucoup plus dangereuse, car les désordres qu'elle produit chez ces derniers sont habituellement moins rapides et moins sérieux que chez les sujets robustes.

Le trachome, à la période de début et à la période de déclin, quand toute suppuration est tarie, ne nous a pas paru contagieux, ce qui revient à dire comme le professeur Truc : les formes fluentes sont surtout redoutables et les formes sèches à peu près inoffensives. Pour tout œil déjà atteint, il y a tendance à la récidive quand il est exposé à différentes reprises aux mêmes causes morbides qui ont donné naissance à la maladie ou favorisé son évolution. Faut-il en conclure (Coste) que tout porteur de trachome guérit difficilement de son affection d'une façon complète et assimiler les conjonctivites granuleuses à certaines blennorragies chroniques inguérissables, à poussées aigues intermittentes ? Oui, si l'on considère ces ophtalmies, non comme des auto-inocu-

lations, des réveils aigus d'une affection préexistante, favorisés par certaines influences ambiantes, mais bien comme des réinfections annuelles, d'ailleurs faciles à comprendre dans un pays où cette maladie est si commune. Ce que possède le malade après une première atteinte, c'est une conjonctive plus vulnérable et surtout une prédisposition individuelle. L'on peut souvent suivre à la trace, dans les familles, ces poussées de conjonctivite granuleuse frappant successivement divers membres, gagnant les familles voisines, comme le fait, par exemple, la rougeole, présentant une expansion plus grande en été, à cause du soleil, de la poussière, d'une plus grande fréquence de relations, s'éteignant ensuite peu à peu quand les causes adjuvantes font défaut. La conclusion pratique de ces réflexions, c'est que le meilleur traitement prophylactique pour un granuleux atteint de récidives fréquentes, ce ne serait pas tant de rechercher un climat différent qu'un milieu moins contaminé.

Si, comme nous l'avons dit plus haut, certains accidents tertiaires syphilitiques ou parasyphilitiques des centres nerveux et des viscères sont plus rares chez l'indigène que chez l'européen, par contre les syphilides cutanées et muqueuses étant très fréquentes chez lui contribuent en partie à entretenir les affections oculaires. La malpropreté souvent repoussante des gourbis où grouillent les indigènes dans un air confiné, créant ainsi, par une agglomération compacte, l'encombrement, ce puissant facteur d'expansion de toutes les maladies contagieuses, est pour beaucoup dans cette persistance du trachome.

Pendant la saison chaude, la contamination se fait souvent par les mouches. Accroupis le long des murs ou déambulant nonchalamment dans les rues, on peut voir les ophtalmiques (nous parlons des indigènes) laissant tranquillement ces insectes s'installer sur le bord de leurs paupières et de temps

en temps les chasser d'un geste vague qui les éloigne peu. C'est là une cause importante de propagation des maladies oculaires. La prophylaxie constituerait certainement le meilleur remède pour cette dangereuse affection. Comment vaincre l'apathie de l'indigène, sa méfiance du toubib roumi ou bien la routine de l'espagnol qui, lui, a pour habitude de ne se laisser soigner les yeux que lorsqu'ils sont presque perdus ?

Au point de vue du traitement local contre l'ophtalmie granuleuse nous avons essayé : instillations de nitrate d'argent, de protargol, bleu de méthylène, lavage à l'acide borique, au permanganate, introduction sous la paupière d'oxyde jaune, scarifications, etc. Les procédés qui nous ont donné les meilleurs résultats sont les suivants :

Première période (granulations simples sans réaction) : lavages boriqués matin et soir, et instillations de protargol à 5 pour 100.

Deuxième période (forme suppurative) : abondant lavage boriqué le matin, instillation de protargol ; compresses humides boriquées maintenues en permanence sur l'œil. Le soir, nouveau lavage boriqué et instillation. Le soulagement est rapide et la suppuration diminue vite.

Dans certains cas, le brossage de la conjonctive avec scarification a été nécessaire comme fin de traitement.

Le docteur Pison, médecin-chef de l'hôpital de Douera, a, dans ce cas, le manuel opératoire suivant : après anesthésie de la conjonctive avec une solution de cocaïne au vingtième, lavage de l'œil à l'eau boriquée tiède. Les scarifications, avec le scarificateur de Desmarres, sont faites parallèlement à elles-mêmes, pas trop profondément, on fendille la muqueuse sans arriver au cartillage tarse. Le docteur Pison a renoncé au brossage pratiqué avec une brosse à dents ou toute autre brosse à poils raides. Ce procédé occasionne

souvent un gonflement considérable de la paupière et est fort douloureux pour le malade. De plus, la brosse arrache des parcelles de conjonctive, d'où peuvent survenir des cicatrices gênantes par la suite. Il entoure l'index d'une compresse aseptique, l'imprègne fortement d'acide borique finement pulvérisé et pratiqué un frottage modéré de la paupière scarifiée. Sur la conjonctive ainsi traitée, il fait tomber quelques gouttes de protargol à 5 pour 100 et pratique un pansement occlusif de l'œil couvert de compresses humides. Le lendemain, lavage boriqué et nouvelle instillation de protargol. Cette méthode nous a donné toujours de très bons résultats dans les nombreux cas que nous avons traités ainsi à l'hôpital de Douera.

Troisième période (complications diverses) : contre les taies de la cornée. insufflations de calomel à la vapeur.

Dans le cas d'ulcères cornéens, nous avons employé le collyre suivant :

Airol	2 grammes
Glycérine	9 grammes
Eau distillée bouillie. . .	9 grammes

Nous avons employé aussi la formule que voici :

Airol	1 gramme
Vaseline stérilisée.	20 grammes

Gros comme un grain de blé, matin et soir, sous la paupière supérieure.

Sous l'inspiration du docteur Cambillet nous nous sommes servi d'un collyre ainsi formulé :

Airol	2 grammes
Xéroforme	2 grammes
Glycérine	20 grammes

Nous en avons obtenu de bons résultats ; mais il est une remarque à faire, c'est que les collyres contenant de la glycérine produisent tous des picotements légers pour les uns, douloureux pour les autres, mais disparaissant au bout d'un moment.

Une complication qui réclame souvent l'intervention est le pannus de la cornée. Dans les cas simples, des compresses boriquées chaudes, maintenues en permanence, ont quelquefois suffi à enrayer l'inflammation cornéenne. Dans les cas plus graves, les instillations de bleu de méthylène à 0,05/30 amènent une rapide sédation, éclaircissent rapidement la conjonctive oculaire et permettent ainsi dans le cas où l'on pratique une péritomie de mieux voir ce que l'on fait. Une dernière complication pour laquelle on a à intervenir souvent, surtout parmi les espagnols, est le trichiasis que nous avons habituellement opéré par le procédé de Panas, après l'avoir fait précéder bien souvent d'une canthoplastie.

VI

RÉSISTANCE PHYSIQUE DES INDIGÈNES

L'indigène n'est pas malade comme l'européen, il est plus malade que lui.

Il est autrement malade : faut-il faire intervenir la race, le régime peu substantiel, l'absence ou l'existence de certaines immunités transmises par l'hérédité ? Il est plus malade : l'hygiène est lettre morte chez lui. C'est un individu sale et misérable. Le Coran lui ordonne bien de faire des ablutions ; mais la quantité d'eau n'étant pas indiquée, quelques gouttes suffisent pour nettoyer sa conscience, quand on ne pourrait en dire autant de sa peau. De plus, l'Arabe ne se soucie guère des vêtements, il porte le même jusqu'à ce qu'il ne puisse plus tenir sur ses épaules. Les logements, c'est encore pire ; dans un gourbi sans autre ouverture que la porte, tout le monde loge. Le docteur Margerid a vu à El-Kseur la commission d'hygiène expulser d'une chambre de quatre mètres carrés, une famille composée de 63 individus. Cela semble impossible, mais un rapport déposé à la mairie de l'endroit en fait foi. Ce n'est là certainement qu'une exception.

L'enfant se trouve dès sa naissance exposé aux maladies propres à son âge, surtout aux fièvres éruptives qui déciment si souvent les douars. En grandissant, il ne tarde pas à con-

tracter quelqu'une des formes morbides dites paludéennes. Non traité, la cachexie le guette et le met dans un état d'infériorité extrême vis-à-vis d'infections multiples, la syphilis, la tuberculose et dans certaines années la variole, la dysenterie, le typhus. Par contre, certaines infections se montrent relativement bénignes chez l'indigène, arabe ou kabyle, ou du moins il réagit tout autrement que l'européen vis-à-vis d'elles.

Comme le fait remarquer Legrain, de tout temps les chirurgiens de l'armée d'Afrique ont signalé la faible mortalité fournie par les indigènes à la suite des grandes opérations. « Tous ceux qui ont exercé en Algérie, dit-il, ont pu voir des plaies horribles ou des blessures atroces guérir à merveille avec une rapidité extraordinaire. Le péritoine de l'indigène n'a pas cette exquise sensibilité vis-à-vis des infections pyogènes que l'on redoute en abordant le péritoine d'un européen. Les plaies pénétrantes de l'abdomen avec hernie de l'intestin, guéries après réduction sans antisepsie, ne se comptent plus et la statistique de ces blessures, heureusement terminées, étonnerait singulièrement un chirurgien qui n'aurait observé qu'en Europe. Il y a quelques années, continue-t-il, j'ai eu l'occasion de voir se terminer par guérison une exosplénopexie traumatique : à la suite d'un coup de poignard, la rate, d'ailleurs hypertrophiée, était sortie du ventre avec un morceau d'épiploon : il existait, au moment où je vis le malade dans son douar, de la péritonite localisée, et requis par la justice, je fis sur la blessure un rapport concluant à la mort imminente. Un mois après, exactement, le même blessé, complètement guéri, faisait 60 kilomètres pour venir déposer contre son aggresseur. La rate, sortie de l'abdomen, s'était nécrosée et la suture spontanée des lèvres de la plaie s'était faite sans éventration : des pansements sales avaient été sans relâche appliqués sur la plaie par des empiriques indigènes. »

Nous avons constaté nous-même cette résistance. Nous

avons vu des Arabes lardés de coups de couteaux, abîmés à coups de matraque, se rétablir rapidement sans complication aucune. Les deux observations suivantes montreront une tolérance remarquable de la cavité thoracique vis-à-vis de plaies ouvertes chez des indigènes.

Observation III

Le 30 septembre 1901, passant avec le docteur Colas, alors interne à l'hôpital de Douera, devant un café maure de la localité, nous vîmes deux Kabyles se disputer. L'un, nommé Mohamed ben Hassen, âgé de 25 ans, reçut de son adversaire un coup de couteau. La lame de ce couteau mesurait 19 centimètres de longueur ; à l'examen de la lame nous nous rendîmes compte que huit centimètres avaient pénétré dans le thorax du blessé. Celui-ci est amené à l'hôpital. La lame avait pénétré dans le quatrième espace intercostal droit, sur une ligne aboutissant au milieu du creux de l'aisselle et faisant une plaie ayant une dimension de quatre centimètres. Par cette plaie, issue relativement considérable de sang rendu spumeux par l'air s'échappant à chaque mouvement respiratoire. Dyspnée intense, hémoptysies assez abondantes ; de plus, le blessé présentait un léger hémothorax. Ergotine en piqûre ; morphine. Le soir, le blessé eut 38°4 ; le lendemain matin 39°2 ; le soir 39°6. Il présenta de la fièvre pendant quelques jours et ce fut tout. Le 25 octobre, pas même un mois après, il quittait l'hôpital absolument guéri.

Autre fait :

Observation IV

Le nommé Flouhi Mohamed, 21 ans, reçoit dans la nuit du 24 au 25 mars 1904, un coup de couteau. Il est amené le 25, au matin, à l'hôpital. Ce Kabyle était resté jusqu'à son arrivée à l'hôpital enveloppé de ses vêtements sordides, souillés d'huile et de terre. Il présentait une plaie de 9 centimètres de longueur ayant atteint, par rétraction musculaire, une largeur de 3 centimètres. Cette blessure était située au niveau du cinquième espace intercostal gauche, sur le côté du corps. Par suite de la rétration musculaire, la sixième côte était à nue. Hémorragie externe abondante ; de plus, il s'était produit par la plaie une hernie du poumon de la dimension d'une grosse noix. Nous avons pansé à plat, n'ayant voulu aucunement réduire la hernie pulmonaire et suturer la blessure, étant donné la saleté du sujet et l'état sordide de ses vêtements restés plaqués sur la plaie pendant toute une nuit. La hernie pulmonaire s'est réduite progressivement. Le blessé sort complètement guéri le 23 avril, sans avoir eu un seul degré de fièvre pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 février 1906.
Pr Le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. MASSOL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 février 1906
Le Doyen.
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condis-iples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de a probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins ratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus le mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que 'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes romesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes onfrères si j'y manque !
